

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N° 66

ESSAIS
DE
Traitement des Rhumatismes Chroniques
par l'IODURE DE TETRA-METHYL-AMMONIUM

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

LE 7 JUILLET 1952

PAR

LUCIEN AUBERT

né le 6 Mai 1927 à Bédoin (Vaucluse)

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Diplômé de Pédiatrie et Puériculture

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. POINSO
PIERI
RECORDIER
MONGES H.

IMPRIMERIE « LES ARTS GRAPHIQUES »
17, Avenue de la Gare, 17
LE PUY-EN-VELAY

1952

ESSAIS DE TRAITEMENT
DES RHUMATISMES CHRONIQUES
PAR L'IODURE DE TETRA-METHYL-AMMONIUM

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N°

ESSAIS
DE
Traitement des Rhumatismes Chroniques
par l'IODURE DE TETRA-METHYL-AMMONIUM

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

LE 7 JUILLET 1952

PAR

LUCIEN AUBERT

né le 6 Mai 1927 à Bédoin (Vaucluse)

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Diplômé de Pédiatrie et Puériculture

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. POINSO
PIERI
RECORDIER
MONGES H.

IMPRIMERIE « LES ARTS GRAPHIQUES »
17, Avenue de la Gare, 17
LE PUY-EN-VELAY

PERSONNEL ENSEIGNANT

DE LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE GENERALE ET COLONIALE
ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : G. MORIN

Assesseur : F. RIMATTEI

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MM. GAUJOUX, AUBARET, AUDIBERT, JOYEUX,
OLMER, ROCHE, GABRIEL, HECKENROTH, BELTRAMI, BREMOND.

Chargé de Cours honoraire : M. TIAN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : M^{lle} PERRIN

PROFESSEURS

Anatomie	MM. GRISOLI
Anatomie Pathologique et Carcinologie Clinique....	N...
Bactériologie et Pathologie Générale	POURSINES
Chimie Analytique et Hydrologie	RIMATTEI
Chimie Médicale	DERRIEN
Clinique Chirurgicale	FIOLLE
Clinique Chirurgicale	MOIROUD
Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédique....	SALMON
Clinique Chirurgicale Thérapeutique et Chirurgie Expérimentale	DE VERNEJOL
Clinique Dermato-Syphiligraphique	CHARPY
Clinique Exotique	BLANC
Clinique des Maladies Nerveuses	ROGER
Clinique Médicale	MATTEI
Clinique Médicale	POINSO
Clinique Médicale Thérapeutique	OLMER
Clinique des Maladies des Voies Digestives et de la Nutrition	MONGES
Clinique Médicale Infantile	GIRAUD
Clinique Neuro-Chirurgicale	PAILLAS
Clinique Obstétricale et Gynécologie	VAYSSIÈRE
Clinique Ophtalmologie	JAYLE
Clinique Urologique	CHAUVIN
Histoire Naturelle	BALANSARD
Histologie	ROMIEU
Hygiène de Médecine Préventive	VIOLLE
Médecine Légale et Médecine du Travail.....	MOSINGER
Parasitologie	SAUTET
Pathologie Chirurgicale	CARCASSONNE
Pharmacodynamie et Matière Médicale.....	F. MERCIER
Pharmacie Chimique et Toxicologie.....	VIGNOLI
Pharmacie Galénique	DELPHAUT
Physiologie	MORIN
Physique Médicale	DUBOULOZ
Thérapeutique	PIERI
Professeur sans chaire	ARNOUX

AGRÉGÉS LIBRES

MM. BERTHIER	CHOSSON	FIGARELLA
AUDIER	DOR	IMBERT
BRAHIC		RECORDIER

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BERNARD	LAMY	OLLIVIER
GRANJON	LAVAL	OURGAUD
HENRY	LENA	PAOLI
JOUE	MONGES H.	RAYBAUD
		VAGUE

MAITRES DE CONFÉRENCE AGRÉGÉS

MM. DONNÉT	MOURGUE	PICARD
DUMAZERT	PELLISSIER	RANQUE
GASTAUT		ROUX

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉS

Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	MM. CARREGA
Pharmacodynamie et Matière Médicale	J. MERCIER



A MES GRANDS-PARENTS.

A LA MEMOIRE DE MON PERE.

Le souvenir de sa vie restera ma ligne
de conduite.

A MA MERE.

Elle a accepté pour moi de nombreux
sacrifices;
Qu'elle trouve ici un bien faible
témoignage de ma reconnaissance
infinie et de mon amour filial.

A TOUS LES MIENS.

A MES AMIS.

1911
BIBLIOTHEQUE
MUSEE
MUSEE

A Monsieur le professeur POINSO,

Professeur de Clinique Médicale

Médecin des Hôpitaux

Nous le remercions du grand honneur
qu'il nous fait en présidant notre
thèse.

A Monsieur le professeur PIERI,

Professeur de Thérapeutique

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous lui exprimons notre reconnais-
sance pour l'enseignement reçu à
la Faculté et dans son Service.

A Monsieur le professeur RECORDIER,

Médecin des Hôpitaux

Il nous a inspiré et aidé dans l'élabo-
ration de cette thèse, avec une grande
bienveillance;

Qu'il nous permette de lui adresser
ici l'hommage de notre respectueuse
gratitude.

A Monsieur le professeur H. MONGES,

Médecin des Hôpitaux

Très respectueusement.,

A MES MAITRES DES FACULTES DE MEDECINE
DE LYON ET DE MARSEILLE

A MES MAITRES DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DU SERVICE
DE SANTE MILITAIRE

A MES COMPAGNONS D'ETUDES,
LES DOCTEURS ALLEMAND P., BANDINI C.,
BOUCHAT J., BOYER R.

A LA MEMOIRE DE MES CAMARADES
MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

INTRODUCTION

Cet essai de traitement des rhumatismes chroniques par l'iodure de tétra-méthyl-ammonium ne serait certes pas nécessaire si nous possédions une arme efficace et spécifique contre ces affections; malheureusement, il n'en est rien. C'est à la diversité des thérapeutiques que nous devons, parfois, des résultats intéressants.

Or, les activités physiologiques très puissantes de l'iodure de tétra-méthyl-ammonium ont retenu l'attention de M. le professeur Recordier; nous le remercions de nous avoir inspiré et conduit dans l'élaboration de cette thèse.

Dans les pages qui vont suivre, nous essayerons, par une étude physio-pathologique des rhumatismes chroniques, d'expliquer le mode d'action de l'I.T.M.A., dont nous envisagerons alors les propriétés pharmacodynamiques et son emploi en rhumatologie. Il ne nous restera ensuite qu'à tirer une conclusion pratique des cinquante-cinq observations empruntées au Service et aux Consultations de M. le professeur Recordier.

L'importance sociale de ces maladies rhumatismales, que nous allons envisager très rapidement, pourrait suffire à justifier cet essai thérapeutique.

GÉNÉRALITÉS

I. — HISTORIQUE

« Très probablement, les maladies rhumatismales sont aussi anciennes que l'espèce humaine. » C'est l'opinion de Kahlmeter; elle est confirmée par les traces retrouvées sur des pièces anatomiques remontant à la préhistoire; les paléontologistes vont même plus loin puisqu'ils signalent à notre attention des rhumatismes chez des *diplodocus* reptiles secondaires.

Les Egyptiens, les Romains ne furent pas épargnés; ils payèrent même un large tribut à ces affections; d'ailleurs, les descriptions cliniques les plus anciennes que nous possédions remontent à Hippocrate, Galien, Cicéron, mais il s'agissait plus vraisemblablement de la goutte articulaire aiguë.

Aussi, faut-il attendre le Français Baillon, (fin du XVI^e siècle), pour voir la dénomination « rhumatisme » s'appliquer à ce que nous qualifions de nos jours « rhumatismal ».

Toutefois, ce n'est qu'à partir de 1800 que s'accomplit une démarcation plus stricte du cadre: rhumatisme chronique; de cette date à nos jours, nombreuses furent les classifications :

— Dans une première période, on individualisa les rhumatismes chroniques par la topographie ou l'évolution, mais cela ne donnait pas une ligne de conduite thérapeutique;

— Dès 1880, les divisions se fondent de plus en plus sur les causes telles qu'elles nous sont révélées par l'anatomie-

pathologique, la bactériologie, la biologie, l'exploration du système nerveux et, à partir de 1896, par la radiologie;

— Depuis 1920, nous sommes rentrés dans une période de renaissance portant sur l'identification des causes, ce qui a transformé notre thérapeutique médicale, chirurgicale et orthopédique.

II. — IMPORTANCE SOCIALE

Il est certainement inutile d'insister sur ce chapitre, car nous serons tous pour reconnaître avec Francon F. que: « Les affections rhumatismales par leur diffusion, les invalidités qu'elles entraînent, les chargent qu'elles imposent aux collectivités, constituent un terrible fléau social qui se range à côté de ces quatre cavaliers de l'Apocalypse: Tuberculose, syphilis, cancer et alcoolisme ».

Si on en croit les statisticiens français, en particulier Lacapère, nous constaterons que les rhumatismes représentent en moyenne le dixième de l'invalidité industrielle sous les latitudes et les longitudes les plus diverses.

Kahlmeter, dans des études statistiques remarquables, nous montre qu'en Suède, ces affections coûtent à la communauté deux fois plus cher que tuberculose et cancer réunis.

DEFINITION. — CLASSIFICATION CLINIQUE

I. — DEFINITION DES RHUMATISMES CHRONIQUES

Tous les auteurs s'entendent pour reconnaître de grandes difficultés à définir les rhumatismes chroniques, cela parce qu'il n'y a pas **un** rhumatisme chronique, que ce n'est pas une entité définie, mais une étiquette sous laquelle sont rangées de nombreuses affections des articulations et de l'appareil locomoteur, comme nous l'enseigne M. le professeur Recordier.

Si vous le voulez bien, nous emprunterons à Francon F. et Weissembach la définition des rhumatismes chroniques :

« Le rhumatisme chronique est un groupe de syndromes rassemblant les diverses manifestations de l'inflammation ou de l'irritation chronique du tissu conjonctif, de ses dérivés et de son réseau nerveux, portant tout spécialement sur les articulations et provoquées directement ou indirectement par l'action de causes infectieuses, hétérotoxiques et autotoxiques très diverses ».

Pour compléter cette définition nous conviendrons que :
... Inflammation est pris au sens le plus large, c'est-à-dire histologique ;

... Que dans les causes autotoxiques, on envisage non seulement l'autointoxication chimique, mais aussi les déséquilibres physico-chimiques et colloïdaux.

Ainsi définis, il nous reste encore à classer ces rhumatismes chroniques.

II. — CLASSIFICATION DES RHUMATISMES CHRONIQUES

Pour ce faire, nous nous inspirerons des classifications de Coste F., Galmiche P. et, plus près de nous, de M. le professeur Recordier, qui sont admises de tous, ou presque tous, les rhumatologues.

Aussi, opposerons-nous les manifestations articulaires inflammatoires aux dégénératives, c'est-à-dire les arthrites aux arthroses. Chacunes ayant des caractères d'ordre étiologique, clinique, biologique, radiologique et anatomo-pathologique très différents. Le rappel de ces caractères, tout en nous permettant de donner une étiquette aux affections rhumatismales les plus fréquentes et de les traiter, nous évitera d'envisager un chapitre clinique qui dépasserait forcément les limites de notre sujet.

A. — LES ARTHRITES

1° Étiologie.

Elles s'observent à tous les âges.

Sont sous l'influence directe d'une maladie infectieuse, qui est le plus souvent évidente, mais qui n'est pas indispensable.

2° Clinique.

Leurs symptômes et leur évolution portent la marque inflammatoire (ce qui ne signifie pas systématiquement une origine infectieuse), c'est-à-dire :

- Poussées évolutives avec des intervalles subfébriles ;
- Tendance à la généralisation et à la symétrie ;
- Absence de toute atteinte viscérale notable.

L'évolution se fait soit vers la résolution spontanée, soit vers l'ankylose progressive des jointures atteintes, réalisant parfois des déformations importantes.

3° Biologie.

Les réactions biologiques sont nombreuses; les plus utilisées sont :

- L'accélération de la vitesse de sédimentation ;
- L'élévation des Vernes-Resorcine ;
- L'élévation de l'indice d'haptoglobulinémie ;
- Souvent, une légère leucocytose.

4° Radiologie.

Les aspects radiologiques sont très variables suivent le stade de l'affection; ils ne sont pas spécifiques. On peut noter,

avec le temps, de l'ostéoporose, une décalcification progressive, puis de l'ostéite des épiphyses.

5° **Anatomo-pathologie.**

Il y aurait beaucoup à écrire sur ces caractères, mais nous le résumerons à l'essentiel :

a) La synoviale est épaissie, congestionnée, hémorragique, parfois même nécrotique;

b) Le cartilage: Il est plus tardivement touché car c'est une invasion graduelle d'un tissu enflammé de granulation de la synoviale qui pénètre le cartilage;

c) L'os: On a des modifications osseuses car synoviale et tissus granulomateux substitués au cartilage s'infiltrant de sels calcaires.

Dans ce groupe, on range:

1° Les rhumatismes infectieux: gonocoques, streptocoques entérogènes;

2° Les arthrites de causes incertaines: Poly-arthrites, arthrites vertébrales, oligo et mono-arthrites;

3° Les arthrites de causes non infectieuses: Rhumatismes allergiques, rhumatismes toxiques.

B. — LES ARTHROSES

1° **Étiologie.**

Elles surviennent dans la deuxième moitié de la vie et au maximum dans la vieillesse.

Elles sont le fait de l'usure, de la senescence articulaire que précipitent souvent les facteurs endocriniens métaboliques, circulatoires locaux et les micro-traumatismes;

2° **Clinique.**

Contrairement aux arthrites, ici l'os est d'emblée touché, ce qui se traduit par :

— Des épaississements, de l'hypertrophie irrégulière des extrémités articulaires;

— Des ostéophytes;

— Des craquements articulaires;

— Une limitation des mouvements, le plus souvent très discrètes;

— Des douleurs qui cèdent au repos.

— L'évolution est apyrétique. Les articulations sont froides ;

3° **Biologie.**

Les arthroses ne donnent aucune réactions biologiques ;

4° **Radiologie.**

On note, à la radio, des déformations des contours osseux, des ostéophytes, des becs de perroquet, mais surtout une absence de décalcification.

5° **Anatomo-pathologie.**

Les lésions débutent par le cartilage, qui subit une dégénérescence centrale et qui prolifère par sa périphérie, avec des réactions secondaires de la synoviale, édification de butées extra-articulaires qui essayent d'étayer « la maison qui s'écroule », pour reprendre l'image de de Sèze.

Nous placerons ici :

1° Les coxarthroses ;

2° Les gonarthroses ;

3° Les arthroses vertébrales ;

4° Les acroarthroses ;

5° Toutes les autres arthroses, qui sont plus rares : Acromioclaviculaire, sacro-iliaque...

Enfin, pour être complet, il nous faut signaler :

C. — LES RHUMATISMES ABARTICULAIRES ET LES ALGIES

Qui comprennent de nombreux sous-groupes :

1° Les péri-arthrites ;

2° Les affections douloureuses des tissus mous extra-articulaires, en dehors de la péri-arthrite : Myosite, tendinite, fibrosite, maladie de Quervain, ai crépissant, maladie de Dupuytren, bursites, synovites, cellulites, cellulalgie ;

3° Les algies spinales : De la colonne vertébrale, des membres inférieurs ;

4° Les algies de nature imprécise.

ÉTIOLOGIE — PATHOGÉNIE

PHYSIO-PATHOLOGIE

Nous abordons là un chapitre particulièrement important qui, de tout temps, a intéressé les auteurs.

La fin du siècle dernier, période d'essor de bactériologie, fut l'objet d'une recherche inlassable du ou des virus auxquels on espérait pouvoir attribuer l'étiologie des rhumatismes articulaires aigus ou chroniques; malgré tous ces efforts, on n'est pas arrivé à découvrir le virus spécifique du rhumatisme.

Aussi, les théories pathogéniques sont nombreuses; avant de les envisager, il ne me semble pas inutile d'énumérer rapidement les étiologies possibles des rhumatismes chroniques.

I. — ÉTIOLOGIE DES RHUMATISMES CHRONIQUES

Une fois de plus, nous demanderons à Francon et Weissembach de nous aider dans cette mise au point; avec eux, nous distinguerons des causes médiatees et des causes immédiates.

A. — CAUSES MÉDIATES

Ce sont les causes favorisantes; nous les subdiviserons en deux groupes:

1° Causes générales.

a) L'âge: On les rencontre à tous les âges, mais surtout à partir de la quarantaine;

b) Le sexe: Il a une grande importance car on ne trouve pas, en général, les mêmes formes chez les hommes et chez les femmes; celles-ci présentent surtout des névralgies cervico-brachiales et des rhumatismes chroniques déformants avec contre-coup au moment des épisodes de leur vie génitale ;

c) Le climat: Les influences météorologiques, le froid, ont un rôle incontestable mais difficile à préciser;

d) La race: Il est difficile de se prononcer, mais les éléments climatiques, les habitudes alimentaires, le genre de vie priment de beaucoup le facteur ethnique;

e) La classe sociale joue un rôle qu'il ne faudrait pas exagérer ;

f) L'hérédité est une question difficile à résoudre;

2° Causes locales.

Dynamiques: Il ne fait aucun doute que le traumatisme joue un rôle important dans la localisation, le début ou l'aggravation d'une arthrite, mais il faut être très prudent sur les allégations du malade.

B. — CAUSES IMMÉDIATES

1° Les infections.

Toutes les infections peuvent conduire aux rhumatismes chroniques;

2° Les intoxications.

a) Exogènes: Surtout le saturnisme, à côté l'alcool, l'oxyde de carbone, le plomb...;

b) Endogènes: Elles sont de toutes natures: Digestive, biliaire, rénale, pulmonaire, mais dont les manifestations ne présentent, en général, qu'une médiocre signification diagnostique ;

3° Les rhumatismes chroniques protopathiques.

Ce sont les rhumatismes qui sont qualifiés cliniquement de primitifs ou essentiels. Leur groupe se disloque en deux grandes classes:

a) La forme déformante généralisée, privilège du sexe féminin ;

b) L'arthrite sèche, que l'on rencontre dans les deux sexes, qui est mono ou oligo-articulaire.

Ces rhumatismes chroniques sont très nombreux, mais leur nombre doit décroître si l'on admet avec Francon que « tout

rhumatisme chronique, quel qu'il soit, est secondaire ». Aussi, a-t-on cherché les causes possibles et l'on discute entre :

La para-tuberculose de Teissier et Roque;

L'infection focale de Thomson et Gordon;

La syphilis de Dufour;

Les ecto-sympathoses de May et Laffite;

Sur lesquelles nous allons revenir à propos de la pathogénie.

II. — PATHOGENIE DES RHUMATISMES CHRONIQUES

« Dans aucun domaine, on ne se heurte à autant d'obscurité et d'inconnu ». Il y a plus de vingt ans que cette phrase a été écrite, elle est toujours d'actualité; pourtant, pour le thérapeute, ce chapitre est des plus utiles.

Les nombreuses pathogénies émises expliquent la diversité des thérapeutiques employées contre les rhumatismes chroniques; nous n'envisagerons pas une nouvelle pathogénie, mais, après avoir rappelé les facteurs pathogéniques les plus couramment admis, nous insisterons un peu plus sur ceux faisant appel au système nerveux végétatif; enfin, dans un chapitre physio-pathologique, nous essayerons de les réunir.

A. — FACTEURS INFECTIEUX

Ils agissent soit directement sur le tissu conjonctif et ses dérivés, soit indirectement par l'intermédiaire du système circulatoire, nerveux ou endocrinien.

B. — FACTEURS TOXIQUES, BIOCHIMIQUES ET HUMORAUX

Nous retrouvons:

1° **Les poisons exogènes**, dont la nature intime du processus nous échappe et qui serait, pour Bezanson et Weil, un trouble protéinique;

2° **Les poisons endogènes** seraient plus importants; ils agiraient par des mécanismes biochimiques et humoraux.

Les premiers apportant des modifications du métabolisme de l'acide urique, oxalique, du phosphore, du calcium...

Les seconds entrant dans l'étude de l'anaphylaxie et, en général, des réactions colloïdo-classiques et protéiniques.

A ce sujet, nous devons citer les noms de Billard, André Lévi, Duvernay.

C. — FACTEURS ENDOCRINIENS

Nous pourrions, à ce sujet, repasser toutes les glandes à sécrétion interne; signalons l'importance des parathyroïdes, thyroïdes, ovaires...

D. — FACTEUR VASCULAIRE

Le Riche et Policard ont bien étudié le rôle de la circulation locale dans les affections osseuses. Ils ont montré que, lorsque la circulation diminue dans un territoire osseux, il y a tendance à la formation de nouvelles travées osseuses et, qu'au contraire, la substance osseuse devient conjonctive quand la circulation est active.

Nous voyons donc quelle est l'importance des variations du régime circulatoire local; ce qui correspond aux constatations de Schilhof, qui a été frappé par les résultats favorables de la physiothérapie hyperémiante et vaso-dilatatrice.

E. — FACTEUR NERVEUX

Sur les signes nerveux; à proprement parler, nous n'avons pas grand chose à dire, la symptomatologie nerveuse du rhumatisme chronique étant peu fournie; aussi, passerons-nous le système nerveux central sous silence, au profit du système neuro-végétatif.

Déjà, Lancereau, en 1919, avait incriminé le système neuro-végétatif dans la goutte.

Ray, Lewellyn, Jones ont souligné son rôle capital dans la pathogénie des rhumatismes chroniques.

May et Laffite font entrer ces affections dans le groupe des ecto-sympatoses, c'est-à-dire affections liées à un trouble du sympathique périphérique; pour ce faire, ils s'appuient sur un triple faisceau d'arguments ;

1° Cliniques.

On retrouve les symptômes habituels aux ecto-sympathoses, c'est-à-dire la symétrie, la prédominance aux extrémités, l'évolution par poussées, l'association fréquente avec les troubles sympathiques connus comme le syndrome de Reynaud, érythroméralgie, sclérodermie...

2° Étiologiques.

La triple étiologie: Organique, réflexe et fonctionnelle, se retrouve à la base des rhumatismes chroniques et des ecto-sympathoses.

3° Anatomiques.

Les ecto-sympathoses ont pour caractère de ne pas affecter de localisation étroite, de pouvoir frapper des points très divers de la voie sympathique; or, les zones incriminées dans les rhumatismes chroniques (cornes latérales de la moelle, noyaux gris centraux) renferment des centres sympathiques importants.

De même, André Thomas et Kudelski localisent au sympathique le trouble principal des rhumatismes chroniques.

C'est l'avis de De Sèze, Guiot, Sérane, qui attribuent un grand rôle au système nerveux végétatif dans la pathologie articulaire.

Longue serait la liste des auteurs qui, comme Le Riche, Jung, Laborit, Ferond, Morelle, Rimbaud, Ravault... ont soutenu et démontré, à des dates différentes, les mêmes théories.

Cette pathogénie des rhumatismes chroniques semble donc bien établie, aussi nous est-il apparu intéressant d'étudier par quel mécanisme physio-pathologique le système neuro-végétatif entre en jeu.

III. — PHYSIO-PATHOLOGIE DES RHUMATISMES CHRONIQUES

Dans l'œuvre de Le Riche, il est fait allusion, à plusieurs reprises, aux conditions d'apparition et d'évolution d'une arthrose et le point essentiel de cette étude a été de ramener

la pathologie de la surface articulaire à la synoviale, qui est, nous le savons, du **tissu conjonctif** richement vascularisé et innervé.

Il nous faut donc étudier les rhumatismes chroniques non comme une maladie d'organe, d'articulation, mais comme une maladie du tissu conjonctif; c'est, d'ailleurs, la pensée de Le Riche, en accord avec ce que nous enseignent de Sèze, Guiot et Sérane. « Une cavité articulaire est une cavité conjonctive. »

De plus, Policard et Le Riche ont mis en évidence l'importance du système réticulo-endothélial dans le tissu osseux.

Ces faits étant établis, Reilly nous a montré que l'excitation d'un nerf neuro-végétatif, comme le splanchnique, a pour conséquence une excitation réticulo-endothéliale, mais si cette excitation est trop forte ou trop prolongée, on provoque non plus un hyperfonctionnement réticulo-endothélial, mais une véritable névrose de ses éléments, à laquelle s'ajoutent des phénomènes vaso-moteurs. Puisque nous considérons, avec Laborit et les auteurs sus-cités, les synoviales articulaires comme un prolongement du système réticulo-endothélial, il est facile de voir les corrélations entre les lésions décrites par Reilly et les caractères anatomiques des rhumatismes chroniques que nous avons mentionnés dans un précédent chapitre.

Quant aux troubles vaso-moteurs, ils entrent en jeu pour expliquer le rôle du sympathique dans la pathogénie des rhumatismes chroniques; cela nous a été exposé aux Conférences scientifiques internationales des Rhumatismes chroniques d'Aix-les-Bains, une première fois par May, Jammet, Braillon et, quatorze ans plus tard, en 1948, par Martin et Junet. Ces auteurs ne cachent pas les difficultés qui se dressent devant l'étude de l'état de l'appareil circulatoire et de l'appareil nerveux sympathique; de plus, comme le dit Le Riche, il faudrait pouvoir étudier ce qui se passe au début de l'atteinte articulaire. Toutefois, leurs conclusions personnelles comme celles des auteurs s'étant attachés à ces questions à

cette époque, et dont ils sont en quelque sorte les rapporteurs, concordent pour accorder une grande importance aux troubles vaso-moteurs dans la genèse des rhumatismes chroniques.

Ainsi donc, nous voyons le rôle capital du système neuro-végétatif qui s'interpose entre le facteur étiologique et l'articulation; de là viendrait que le rhumatisme chronique ne porte pas la marque anatomique de son étiologie puisque ces réactions vasculo-sympathiques sont dépourvues de toute spécificité.

Enfin, il résulte de ces faits que nous pouvons considérer, dans la pathologie des rhumatismes chroniques, tous les facteurs précédemment indiqués; en effet, le système neuro-végétatif peut être perturbé par des phénomènes d'ordre infectieux, toxiques, anaphylactiques, traumatiques et réflexes.

Quant à l'impotence, Folliet nous a appris que les principales causes en sont, à côté des lésions articulaires, la douleur et les troubles musculaires.

Le rôle capital du système sympathique dans physio-pathologie de la douleur est devenue trop classique, grâce à Le Riche, Salmon, Poussy, Mosinger, Cornil et, dernièrement encore, Morhardt, pour que nous y revenions.

De même, pour les troubles musculaires, nous ne pouvons que rappeler l'importance du système neuro-végétatif comme régulateur de la trophicité; c'est l'avis de Ken Kurée, qui considère les lésions de l'innervation musculaire autonome comme la cause des dystrophies musculaires.

Après cette rapide mise au point pathogénique et physio-pathologique des rhumatismes chroniques en rapport avec le système neuro-végétatif, il semble logique d'essayer — comme l'a fait M. le professeur A.-M. Recordier, une thérapeutique par l'IODURE DE TÉTRA MÉTHYL AMMONIUM.

TRAITEMENT

I. — RAPPEL DES TRAITEMENTS

« Il est peu de maladies contre lesquelles d'aussi nombreux procédés thérapeutiques aient été conseillés; il en est peu qui opposent, au moins dans certaines formes, une résistance aussi constante aux multiples médications », écrivait Savy en commençant le traitement des rhumatismes chroniques dans son « Traité de Thérapeutique ».

Aussi avons-nous jugé utile de faire ce rappel.

A. — HYGIÈNE ET DIÉTÉTIQUE

Ces prescriptions conservent toute leur importance mais varient suivant les cas.

B. — MÉDICATIONS EXTERNES

Celles d'utilisation aisée, comme les cataplasmes chauds, les liniments, pommades, révulsions... permettent d'obtenir, parfois, des résultats nullement négligeables.

C. — MÉDICATIONS INTERNES

Depuis l'**iode**, qui est un des plus anciens médicaments des rhumatismes chroniques et qui, bien avant la découverte du métalloïde, était employé sous forme de cendre de varech, à la moderne **cortisone** et **A.C.T.H.**, la liste est longue.

Nous citerons:

1° **La médication salicylée**, à laquelle les rhumatisants ont le plus souvent recours pour calmer leurs souffrances, avant l'avis du médecin;

2° **Les médications à visées anti-infectieuses**, comme la vaccino-thérapie, pratiquement sans action; les sels d'or, les antibiotiques, sans parler des médications spécifiques;

3° **Les médications modificatrices du terrain**, dont les résultats sont loin d'être satisfaisantes; tels sont l'arsenic, l'acide phosphorique, le gluconate de chaux, le soufre, le thorium X, le calcium, le cuivre, les sérums dits orthobiotiques, les vitamines A, B, C, D, P..., l'opothérapie thyroïdienne, parathyroïdienne, ovarienne. Indiquons aussi les œstrogènes de synthèse et, enfin, les médications désensibilisantes;

4° **L'héparine** ;

5° **Les curarisants**, qui nous permettent de lutter assez efficacement contre la douleur et l'impotence;

6° **Le sympathisan**, d'inspiration et de composition homéopathique, à base d'or, de colchique et de salicylate.

D. — INJECTIONS LOCALES

Se sont des solutions anti-algiques, novocaïne, acide lactique, acide osmique.

Les solutions iodées et sulfo-iodées anesthésiques, qui ont une grande action sur les douleurs; de même l'histamine. Citons encore, pour mémoire, une méthode qu'utilisait déjà Hippocrate, l'apithérapie.

E. — PHYSIOTHÉRAPIE

Elle prend tous les jours une importance plus grande. Nous possédons: la radiothérapie, la diathermie, l'actinothérapie, la curiéthérapie, la galvanisation, la kinésithérapie et, plus récemment, les ultra-sons.

F. — LA PSYCHOTHÉRAPIE

Que nous ne saurions négliger, car elle peut jouer un grand rôle.

G. — LES CURES THERMALES

Dont les bénéfices ne peuvent être niés et qui, en France, ont pris une grande place, grâce à la richesse de notre sol.

H. — L'ORTHOPÉDIE

Sous l'impulsion des Américains, les méthodes orthopédiques prennent une place de plus en plus importante.

I. — LA CHIRURGIE

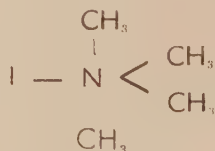
Elle complète l'orthopédie ou bien elle est à visées physiopathologique, comme dans la parathyroïdectomie, les opérations sur le sympathique, qui nous ramène tout naturellement à notre sujet, l'IODURE DE TÉTRA MÉTHYL AMMONIUM.

II. — L'IODURE DE TÉTRA MÉTHYL AMMONIUM

L'I.T.M.A. appartient au groupe des ammoniums quaternaires; étudié déjà par Reid Hunt, qui lui avait reconnu une activité physiologique très puissante, il n'avait pas trouvé, jusqu'à ces dernières années, les applications thérapeutiques qui justifient ses intéressantes propriétés pharmacodynamiques.

A. — CHIMIE

Sous cet angle, l'I.T.M.A. ne nous occupera pas beaucoup; toutefois, nous donnerons sa formule développée :



Sans entrer dans les détails de sa préparation ni de ses propriétés chimiques, nous signalerons et soulignerons que ce composé chimique défini est très riche en **iode**, puisqu'il en contient 63,18 %, fait qui ne sera pas sans expliquer, en plus des effets propres à la fonction ammonium quaternaire, son action sur les rhumatismes chroniques.

Nous ne parlerons d'ailleurs pas de l'iode dans les maladies rhumatismales, cette question ayant fait l'objet de nombreux travaux.

B. — PHARMACODYNAMIE

C'est donc à Hunt que nous devons les principales recherches pharmacodynamiques sur les ammoniums quaternaires; mais, déjà, Burn, Dale, en 1914, avaient étudié ces produits. De nos jours, nous devons beaucoup à Lian, Hamet, Bergamo, qui se sont de nouveau penchés sur ces composés, en cherchant leurs applications thérapeutiques, car, disaient-ils, « il y a une prospection attentive à faire dans les nombreux chapitres de la pathologie pour établir ceux où l'expérience révélera les indications bienfaisantes de l'emploi de ces divers dérivés d'ammonium quaternaire ».

Ce qui constitue la physionomie physiologique propre de l'I.T.M.A. est son action **synaptolytique**, c'est-à-dire qu'il bloque la transmission des excitations sympathiques au niveau des synapses, autrement dit, produit une section physiologique au niveau des relais ganglionnaires.

Or, la physiologie moderne nous a enseigné l'importance des ganglions sympathiques comme point de départ des divers réflexes de régulation et de tonicité des viscères et leur rôle dans la transmission de la douleur viscérale (Le Riche).

Tous les nerfs végétatifs présentent un relai ganglionnaire au niveau duquel s'articulent les impulsions nerveuses du système neuro-végétatif, aussi bien centripète que centrifuge. La transmission et la propagation de l'influx au niveau du synapse se faisant par l'intermédiaire de processus physico-chimique complexe, aboutissant à la libération de substances de type acétylcholine (théorie des médiateurs chimiques). Ces ganglions sont donc en même temps un centre d'intégration, de transformation et d'aiguillage.

Des expériences ont été réalisées sur le chat, chez lequel on a enregistré en même temps:

- La pression artérielle,
- La respiration,

— Les contractions du muscle gastrocnémien, périodiquement excité par l'intermédiaire du sciatique,

— Les contractions de la membrane nictitante, stimulée par l'intermédiaire des fibres pré-ganglion.

Elles ont montré les faits suivants :

1° L'injection intra-veineuse d'I.T.M.A. à faible dose produit chez cet animal :

une élévation de la tension artérielle,

une contraction de la membrane nictitante;

ces effets sont l'expression d'une action stimulante de l'I.T.M.A. sur les synapses ganglionnaires; pendant ce temps, le fonctionnement des muscles du squelette n'est pas modifié;

2° Si on élève la dose d'I.T.M.A., on observe alors un blocage de la transmission synaptique ganglionnaire, ainsi que le montre l'impossibilité de produire une contraction de la membrane nictitante par stimulation des fibres pré-ganglionnaires, alors qu'elle répond si l'on excite les fibres post-ganglionnaires ;

3° A doses beaucoup plus élevées, on obtient une curarisation périphérique.

De ces expériences, on peut conclure que l'I.T.M.A. à dose moyenne possède la propriété de bloquer la transmission ganglionnaire sans affecter les fonctions neuro-réceptiques squelettiques autonomes.

Nous pouvons ainsi libérer les organes végétatifs périphériques du contrôle, souvent vicié par des anomalies de tonus, du système sympathique.

Avec l'I.T.M.A., nous sommes donc en possession d'un médicament des plus intéressants, bien plus que les deux synaptolytiques antérieurs, **curare** et **nicotine** qui, aux doses utiles, étaient inutilisables, le premier paralysant la vie de relation et le second déprimant le cœur.

Si nous admettons le rôle capital neuro-végétatif dans la pathogénie des rhumatismes chroniques, il était logique d'essayer et d'espérer avec ce nouveau traitement.

Toutefois, nous verrons avec les observations des malades ainsi traités, des résultats imparfaits; cela n'est pas pour nous surprendre et détruire toute cette théorie; en effet, Pocard-Himbert et Tardieu ont montré que, tant l'injection de doses moyennes que de doses massives de ces médicaments, n'entraînent pas toujours une sympathectomie chimique complète; bien plus, la répétition des injections à doses fortes peut donner une hyperexcitabilité du système nerveux sympathique.

De plus, il ne faut pas oublier la notion de seuil de sensibilité des divers relais sympathiques, qui n'est pas uniforme chez tous les sujets et qui peut même varier entre les différents relais d'un même individu.

Nous serions très incomplets si, avant de terminer ce chapitre pharmacodynamique, nous ne notions le pouvoir antiseptique de l'I.T.M.A., pouvoir étudié sur le staphylocoque doré, l'escherichia coli et le bacille perfringens; il en résulte qu'à une concentration de 0,3 %, l'I.T.M.A. exerce une action non seulement bactériostatique, mais aussi bactéricide.

Par son iode, par sa fonction ammonium quaternaire et par ses propriétés antiseptiques, l'I.T.M.A. mérite de retenir notre attention et d'être utilisé dans le traitement d'affections telles que les rhumatismes chroniques.

C. — POSOLOGIE DE L'I.T.M.A. DANS LE TRAITEMENT DES RHUMATISMES CHRONIQUES

C'est là une question délicate et individuelle; aussi, nous ne saurions fixer qu'une ligne de conduite générale pouvant servir de base à une thérapeutique adaptée.

L'I.T.M.A. se présente sous deux formes et trois dosages différents:

- 1° En ampoules de 3 cc., pour injection intra-musculaire;
Un dosage « ordinaire », à 0,003 gr./cc.;
Un dosage « fort » à 0,009 gr./cc.;

- 2° En comprimés dosés à 0,01 gr.

Pour adultes, nous conseillerons, le plus souvent : 1 à 2 ampoules ordinaires ou 1 ampoule forte par jour; 4 à 8 comprimés par jour, en prises fractionnées, 2 comprimés chaque fois.

La durée du traitement peut être très variable, mais, en moyenne, sera de :

Quinze jours par la voie intra-musculaire;
vingt jours par voie bucale.

Très souvent, on se trouvera bien d'une nouvelle série, après un repos de quinze jours à un mois.

Il est préférable, pour le confort des malades, de pratiquer les injections ceux-ci étant couchés; en effet, nous avons relevé quelques petits malaises qui nous obligent d'ouvrir un paragraphe sur les accidents et incidents dus à ce médicament.

D. — ACCIDENTS ET INCIDENTS DUS A L'I.T.M.A.

Nous n'avons, dans les cinquante-cinq observations qui vont suivre, aucun accident ou incident grave à noter; aussi, avons-nous chercher dans la littérature médicale. Celle-ci est muette sur l'iodure de tétra méthyl ammonium, mais nous rapporte quelques cas sur un dérivé d'ammonium quaternaire très voisin: le tétra-éthyl ammonium.

Au cours de ces recherches, nous n'avons relevé :

Qu'un seul cas de mort subite, décrite par Schwartz, chez un malade atteint d'asthme bronchique, traité par le T.E.A., par voie intra-veineuse. D'ailleurs, Blomberg signale que les asthmatiques sont particulièrement sensibles à ces produits.

Chez des sujets traités pour hypertension, Lyons, sur plus quatre cents cas, ne note que quelques chutes de la tension artérielle avec collapsus circulatoire périphérique.

Friedlich rapporte une réaction sévère chez une femme ayant une tension artérielle normale.

Bárdin, Kartun, Ory ont rencontré un collapsus grave, avec onde monophasique transitoire chez un coronarien après injection intra-musculaire de bromure de tétra-éthyl ammonium.

De même, Lasser et Rosenthal décrivent un cas d'intoxication médicamenteuse par le chlorure de tétra-éthyl ammonium, se manifestant par une chute de la tension artérielle et collapsus vasculaire.

Des dermatologues, Samitz et Horvath, portent à notre attention une manifestation allergique due au tétra-éthyl ammonium, chez une femme.

D'ailleurs, tous ces accidents, à part le cas de mort subite, furent efficacement combattus par la Prostigmine associée à la Coramine.

L'Adrénaline semble plus délicate à employer, d'après de nombreux auteurs.

Chez nos malades, traités par l'iodure de tétra méthyl ammonium, nous n'avons noté que des phénomènes d'intolérance légers, à type de malaises, vertiges, troubles de la vue et sensation de refroidissement de tout le corps.

Il résulte, très certainement, d'une hypersensibilité de leurs synapses ganglionnaires à la drogue; bien que les quelques épreuves sympathiques que nous avons pratiquées, entre autre, la recherche du réflexe oculo-cardiaque, ne montre rien de particulier.

Ils sont, d'ailleurs, sans gravité, disparaissent spontanément et en peu de temps, mais on peut les abrégier par l'ingestion d'une ou de deux tasses de café fort. De plus, si on a la précaution de faire coucher le malade pendant et quelques minutes après l'injection, ces incidents seront très rares.

Aussi concluerons-nous, par Lian et Bergamo, à l'innocuité du produit.

OBSERVATIONS

Les difficultés de tous ordres que l'on rencontre dans l'étude et la classification des rhumatismes chroniques, nous ont conduits à nous expliquer sur la présentation de ces observations. Pour rester fidèles à notre plan, nous les avons groupées en :

- Arthrites,
- Arthroses,
- Rhumatismes abarticulaires et algies.

Chaque catégorie étant subdivisée en deux, d'après le sexe. Enfin, nous avons tâché de les réunir d'après le type du rhumatisme; là, se sont dressés de nouveaux obstacles; en effet, la plupart des malades sont soignés depuis très longtemps pour des affections rhumatismales à localisations et formes multiples; aussi, avons-nous choisi celles qui dominaient, au moment du traitement par l'iodure de tétra méthyl ammonium.

Pour chaque observation, nous avons suivi le plan suivant :

1° Rappel clinique très bref, avec résultats radiologiques, vitesse de sédimentation, mesure de la tension artérielle et données du réflexe oculo-cardiaque;

2° Le traitement par l'I.T.M.A., avec la voie d'introduction, la posologie et la durée du traitement, sans mentionner, bien entendu, les nombreuses thérapeutiques antérieures, qui nous surchargeraient inutilement;

3° Les résultats thérapeutiques, avec la marche de l'amélioration, lorsque cela nous est possible, et les phénomènes d'intolérance, s'il y a lieu.

I. — ARTHRITES

A. — FEMMES :

1° Poly-arthrites chroniques évolutives

Observation n° I

M^{me} R... Jeanne, 53 ans.

Poly-arthrite chronique évolutive ayant commencé en 1942. Toutes les articulations des membres et du rachis sont progressivement touchées. Depuis, a présenté quelques fois des poussées fébriles douloureuses. A l'examen, on note de l'amyotrophie, des déformations articulaires et des troubles trophiques. Les articulations sont ankylosées, sauf les hanches, qui restent libres.

Les radiographies montrent des déformations osseuses, des pincements articulaires et de l'ostéoporose.

La vitesse de sédimentation oscille autour de 6-25.

Tension artérielle, 15-8,5.

Réflexe oculo-cardiaque, 90-96-85.

Traitée par I.T.M.A.

2 inj. fortes par jour pendant 12 jours (Voie I.M.).

Pas d'amélioration, pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° II

M^{me} G... Marie, 50 ans, femme de ménage.

Poly-arthrite chronique évolutive ayant commencé en 1945, par les pouces, genoux. Progressivement, toutes les articulations des membres sont touchées. La malade doit cesser son travail. Actuellement, ses articulations sont déformées, tuméfiées, très douloureuses; ne se déplace qu'avec des béquilles, très difficilement.

Les radiographies montrent des décalcifications et des déformations des articulations malades.

La vitesse de sédimentation est de 4-20.

Tension artérielle, 16-9,5.

Réflexe oculo-cardiaque, 85-82-85.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M.: 2 inj. fortes par jour, pendant 10 jours;

1 inj. forte par jour, pendant 15 jours.

Amélioration nette des douleurs mais l'ankylose persiste.

Pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° III

M^{me} P., Marie, 47 ans, employée.

Poly-arthrite chronique évolutive, ayant commencé en 1950. Progressivement, toutes les articulations des membres sont touchées ; elles sont douloureuses et tuméfiées. Impotence marquée, surtout au niveau des genoux.

Les radiographies montrent des becs de perroquet aux pieds et de la décalcification généralisée.

Vitesse de sédimentation, 40-50.

Tension artérielle, 14,5-8.

Réflexe oculo-cardiaque, 82-80-84.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M. : 1 inj. forte par jour, pendant 15 jours ;

Per os : 3 x 3 comprimés par jour, pendant 10 jours.

Amélioration dès le début des injections ; à la sixième injection, la malade était calmée complètement, sauf le genou droit qui reste douloureux, selon les conditions atmosphériques. Revue trois mois après, l'amélioration persiste.

Pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° IV

M^{me} A., Cécile, 45 ans, sans profession.

Poly-arthrite chronique évolutive chez une malade hystérectomisée à l'âge de dix-neuf ans et aveugle depuis 1936. La maladie évolue depuis 1946. Ce sont les articulations des membres et des hanches qui sont les plus touchées, les douleurs vives rendent la malade impotente, les articulations des doigts, en particulier, sont très déformées.

Les radiographies montrent de l'ostéoporose, des pincements articulaires et des déformations osseuses.

Vitesse de sédimentation, 8-25.

Tension artérielle, 15,5-9.

Réflexe oculo-cardiaque, 80-80-85.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M. : 2 inj. fortes par jour, pendant 12 jours.

Aucune amélioration notable ; la malade se plaint de céphalées.

Observation n° V

M^{me} M., Marie, 61 ans.

Poly-arthrite chronique évolutive, touchant les articulations des membres supérieurs et inférieurs, qui sont déformées,

ankylosées et douloureuses. Le rachis est douloureux, mais souple. L'évolution s'est faite progressivement en 30 ans.

La radiographie montre une ostéophytose généralisée.

Vitesse de sédimentation, 10-25.

Tension artérielle, 15,5-10.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M.: 1 inj. forte par jour, pendant 12 jours.

Aucun résultat. Pas de phénomène d'intolérance.

2° Spondylarthrite ankylosante

Observation n° VI

M^{lle} N... Julie, 55 ans, professeur.

Malade souffrant depuis 3 ans d'une spondylarthrite ankylosante, avec atteinte des membres inférieurs; les articulations sont douloureuses, déformées et les mouvements limités.

Les radiographies montrent une légère ostéoporose généralisée. Un bloc osseux D 11 - D 12. Les articulations sacro-iliaques et coxo-fémorales sont intactes.

V. S., 16-30.

T. A., 16-9.

Traitée par I.T.M.A.

Per os : 2 x 3 comp. par jour, pendant 20 jours (2 séries intercalées entre 3 séries d'injection intramusculaire)

Voie I.M.: 1 inj. forte par jour, pendant 15 jours (3 séries).

Un mois après ce traitement, légère amélioration. Pas de phénomène d'intolérance.

3° Poly-arthrite infectieuse

Observation n° VII

M^{me} M... Rosa, 41 ans, sans profession.

Cette malade présente des douleurs lombaires, avec phénomènes infectieux, après une nephrectomie droite (tuberculose probable). Evolution par poussées avec fièvre. Les articulations des pieds et des mains sont touchées, douleurs très vives, mais pas de signes inflammatoires locaux.

A la radiographie, peu de chose.

V. S., aux environs de 30-60.

T. A., 14,5-8.

R. O.-C., 74-76-80.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M.: 2 inj. ordin. par jour, pendant 15 jours.

Légère amélioration des douleurs, mais la malade souffre toujours. Pas de phénomène d'intolérance.

4° Arthrite cervicale

Observation n° VIII

M^{me} C... Marie-Louise, 48 ans.

Malade ayant déjà présenté, en 1951 des phénomènes d'arthrite au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. Actuellement, se plaint de douleurs au niveau du rachis cervical, avec un état sub-fébril.

Les radiographies ne montrent qu'une décalcification de la styloïde péronière gauche.

V. S., 45-60.

T. A., 13,5-7.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M. 1 inj. forte par jour.

On a dû cesser les injections, la malade présentait des troubles de la vue, des bourdonnements d'oreille, des vertiges. Les examens des spécialistes n'ont rien révélé.

B. — HOMMES :

1° Spondylarthrite ankylosante

Observation n° IX

M. J... André, 29 ans.

Spondylarthrite ankylosante, ayant commencé en 1939, et évoluant depuis par poussées; chaque fois, les articulations sont gonflées, rouges, chaudes, douloureuses, non calmées par le repos. A subi, en 1943, une para-phyroïdectomie, une énération des branches de l'observateur et un forage des deux hanches, en plus des traitements médicaux classiques. Toutes ces thérapeutiques n'ont entraîné qu'une amélioration légère et transitoire. Actuellement, le malade a ses articulations déformées et bloquées.

Sa V. S. est très accélérée, surtout au moment des poussées; elle oscille autour de 50-70.

T. A., 13,5-8.

R.O.-C., 105-85-100.

Traité par I.T.M.A.

Voie I.M.: 2 inj. fortes par jour, pendant 18 jours.
dant 18 jours.

Aucune amélioration. Pas de phénomène d'intolérance.

II. — ARTHROSES

A. — FEMMES :

1^o Arthroses vertébrales

Observation n° X

M^{me} R... Adrienne, 55 ans, femme de ménage.

Malade souffrant depuis dix ans d'arthrose vertébrale, douleurs surtout localisées au niveau du rachis cervical et lombaire, entraînant une limitation des mouvements.

A la radiographie, ostéophytose relativement discrète du rachis lombaire et de C 6 - C 7.

V. S., 7-15.

T. A., 12-7.

R.O.-C., 64-58-60.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M.: 1 inj. forte par jour, pendant 5 jours;

2 inj. ordin. par jour, pendant 10 jours.

« s-cut.: 2 inj. fortes par jour, pendant 10 jours.

Dès la neuvième injection, la malade se sent beaucoup mieux. Douleurs très atténuées.

Aurait présenté, à la cinquième injection, des troubles de la vue avec diplopie, troubles ne s'étant pas renouvelés.

Observation n° XI

M^{me} P... Giorgi, 41 ans.

Arthrose vertébrale douloureuse au niveau du rachis dorso-lombaire. Impotence fonctionnelle.

La radiographie met en évidence des ostéophytes au niveau des D 12 - L 2.

V. S., 7-13.

T. A., 14,5-9.

R.O.-C., 78-73-75.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M.: 1 inj. forte par jour, pendant 20 jours.

Amélioration très nette de tous les phénomènes douloureux, dès le début du traitement. Malade revue 5 mois après. Persistance du mieux. Pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° XII

M^{me} R... Honorine, 48 ans, sans profession.

Arthrose vertébrale au niveau du rachis cervical et lombaire, avec douleurs très vives, ce qui rend les mouvements difficiles.

A la radiographie, présence de nombreux ostéophytes au niveau de ces vertèbres.

V. S., 7-16.

T. A., 15-9.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M.: 1 inj. forte par jour, pendant 10 jours.

Sans résultat thérapeutique.

Pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° XIII

M^{me} B... Louise, 44 ans.

Cervicarthrose douloureuse, évoluant depuis trois ans. Les mouvements sont possibles, mais douloureux.

A la radiographie, becs de perroquet de la colonne cervicale.

V. S., 5-10.

T. A., 15-10.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M.: 1 inj. forte par jour, pendant 15 jours.

Sans résultat thérapeutique. Pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° XIV

M^{me} B... Suzanne, 56 ans.

Malade ayant déjà présenté des crises d'arthralgies rhumatismaux en 1948, au niveau du rachis lombaire de la hanche droite et des genoux. Revient pour douleurs articulaires ayant débuté il y a six mois; les mouvements de rotation de la tête sont particulièrement pénibles.

T. A., 18-11.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M.: 1 inj. forte par jour, pendant 15 jours.

Per os : 3 x 3 comprimés par jour, pendant 10 jours.

A été calmée dès la sixième injection. Depuis la fin du traitement, n'a plus souffert. Pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° XV

M^{me} G... Marie, 66 ans, retraitée.

Cervicarthrose douloureuse, avec limitation des mouvements, chez une malade présentant déjà un état d'insuffisance ventriculaire gauche.

T. A., 13-8.

Traitée par I.T.M.A.

Per os : 2 x 3 comprimés par jour, pendant 20 jours.

A été améliorée après 15 jours de traitement. Toutefois, la malade signale un état nauséeux après la prise du médicament, après les 3 premiers jours, par la suite, elle l'a bien supporté.

Observation n° XVI

M^{me} B... Jacqueline, 44 ans, servante.

Cervicarthrose très douloureuse, accompagnée de céphalées presque permanentes depuis un mois.

La radiographie du rachis cervical n'a rien montré.

V. S., 7-15.

T. A., 14-9.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M. : 1 inj. forte par jour, pendant 15 jours;

Per os : 3 x 3 comprimés par jour, pendant 20 jours.

Dès la septième injection, les maux de tête et les douleurs cervicales ont disparu. Pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° XVII

M^{me} F... Marie, 51 ans, sans profession.

Cervicarthrose douloureuse, surtout à la mobilisation, évoluant depuis 3 mois.

A la radiographie, présence de petits ostéophytes au niveau de C 5, C 6.

V. S., 4-9.

T. A., 14-8.

R.O.-C., 80-75-78.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M. : 1 inj. forte par jour, pendant 20 jours.

Per os : 2 x 3 comprimés par jour, pendant 12 jours.

Amélioration très nette des douleurs. Pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° XVIII

M^{me} A... Germaine, 51 ans, sans profession.

Arthrose cervicale, avec limitation du mouvement due à la douleur. De même, algies et craquements au niveau des genoux.

Les radiographies montrent des ostéophytes nettes, surtout au niveau du rachis cervical.

V. S., 10-20.

T. A., 19-12.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M.: 1 inj. forte par jour, pendant 10 jours.

Sans résultat. Sans phénomène d'intolérance.

Observation n° XIX

M^{me} L... Françoise, 45 ans.

Cervicarthrose avec douleurs très violentes irradiant dans le bras gauche, survenant par crises, même la nuit, empêchant la malade de dormir.

La radiographie montre quelques ostéophytes du rachis cervical.

V. S., 4-10.

T. A., 13-7.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M.: 1 inj. forte par jour, pendant 10 jours.

Légère amélioration des douleurs. Pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° XX

M^{me} L... Emilie, 64 ans.

Cervicarthrose évoluant depuis 1 an, avec des douleurs à la mobilisation de l'épaule gauche et du coude.

La radiographie montre des ostéophytes au niveau de C 6, D 1.

V. S., 4-8.

T. A., 19,5-9.

R.O.-C., 80, 72, 84.

Traitée par I.T.M.A.

Per os : 2 x 4 comprimés par jour, pendant 10 jours;

Voie I.M.: 1 inj. forte par jour, pendant 20 jours.

Dès la fin des comprimés, très nette amélioration, avec disparition presque complète des douleurs; les mouvements sont encore un peu limités. Après les injections, le bénéfice est conservé avec même un léger progrès. Pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° XXI

M^{me} M... Delphine, 66 ans.

Malade souffrant de cervicarthrose très douloureuse, surtout à la mobilisation de l'épaule et du cou.

La radiographie ne montre qu'un pincement de C 6, C 7.

V. S., 10-15.

T. A., 20-11.

R.O.-C., 74-66-70.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M.: 1 inj. forte par jour, pendant 5 jours;

1 inj. ordin. par jour, pendant 5 jours;

Per os : 2 x 3 comprimés par jour, pendant 20 jours.

Cessation presque complète des douleurs spontanées. Les mouvements sont possibles.

Pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° XXII

M^{me} A... Paulette, 44 ans, bonne à tout faire.

Lombarthrose avec sciatalgies, survenues peu après un traumatisme, il y a 3 ans. Les mouvements sont gênés par les douleurs.

A la radiographie, nombreux ostéophytes vertébraux lombaires.

T. A., 15-9.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M. 1 inj. forte par jour, pendant 15 jours.

Dès la cinquième injection, les douleurs sont très améliorées et les mouvements sont possibles.

Pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° XXIII

M^{me} B... Jeanne, 70 ans.

Lombarthrose douloureuse, évoluant depuis de nombreuses années et s'étendant à toute la colonne vertébrale. La marche devient impossible.

Les radiographies montrent un rachis peu calcifié et de nombreux becs de perroquet.

T. A., 16-9.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M. 1 inj. forte par jour, pendant 15 jours.

Per os : 2 x 3 comprimés par jour, pendant 20 jours.

Deux séries à deux mois d'intervalle.

Très fortement améliorée après la première série. Ne souffre presque plus et recommence à marcher. Un mois et demi après, les douleurs reprennent, mais moins violentes; refait une série de I.T.M.A., qui l'améliore de nouveau.

Pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° XXIV

M^{me} R... Renée, 40 ans, femme de ménage.

Lomarthrose avec sciatalgies très intenses, évoluant depuis 1 mois et empêchant la malade de dormir. Douleurs électives à la palpation de L 4, L 5.

Les radiographies montrent des ostéophytes au niveau du rachis lombaire.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M.: 2 inj. fortes par jour, pendant 5 jours;

1 inj. forte par jour, pendant 10 jours;

Per os : 3 x 3 comprimés par jour, pendant 10 jours.

Calmée dès le troisième jour du traitement, la malade peut dormir. Par la suite, l'amélioration se maintient.

Pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° XXV

M^{me} R... Céleste, 51 ans.

Lomarthrose et acroarthrose au niveau du pied gauche, surtout le gros orteil, qui est douloureux et enflé.

Les radiographies ne montrent que peu de chose.

V. S., 9-15.

T. A., 14,5-8,5.

R.O.-C., 80-76-78.

Traitée par I.T.M.A.

Une première fois: Per os, 3 comp. x 2 par jour, pendant 20 jours.

Amélioration passagère.

Une deuxième fois, 3 mois plus tard: Voie I.-M., 2 inj. fortes par jour, pendant 5 jours et 1 inj. forte par jour, pendant 15 jours.

Amélioration nette des douleurs, surtout au niveau du pied.

Pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° XXVI

M^{me} B... Jeanne, 61 ans.

Malade obèse, présentant des phénomènes d'arthrose au niveau de son rachis cervical, lombaire et des genoux. Dou-

leurs assez vives, augmentées par les mouvements et entraînant une impotence fonctionnelle partielle.

Les radiographies montrent, au niveau des genoux, un pincement de l'interligne; au niveau du rachis, de nombreux ostéophytes.

V. S., 8-30.

T. A., 18-10.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M.: 1 inj. forte par jour, pendant 10 jours;

1 inj. forte tous les 2 jours, pendant 10 jours.

A été calmée dès le début du traitement. A la fin des injections, ne souffre plus du tout. L'amélioration se maintient pendant 3 mois; à ce moment, reprise des douleurs, qui sont de nouveau calmée par I.T.M.A.

Voie I.M. 1 inj. forte par jour pendant 20 jours;

Per os : 3 x 2 comprimés par jour, pendant 20 jours.

Pas de phénomène d'intolérance.

2° Coxarthroses

Observation n° XXVII

M^{me} L... Marguerite, 70 ans.

Coxarthrose et gonarthrose bilatérales, évoluant depuis 15 ans, rendant la marche impossible à la malade, douleurs vives, calmées par le repos.

Les radiographies montrent une ostéophythose importante de ses articulations.

T. A., 16-10.

V. S., 10-16.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M.: 2 inj. ordin. par jour, pendant 6 jours;

1 inj. forte par jour, pendant 8 jours;

Per os : 3 x 2 comprimés par jour, pendant 14 jours (après un mois de repos).

L'amélioration, déjà nette après les injections, s'est accentuées après les comprimés.

Pas de phénomènes d'intolérance.

Observation n° XXVIII

M^{me} F... Lucienne, 65 ans, serveuse.

Coxarthrose bilatérale, évoluant progressivement depuis 3 ans, avec des douleurs très vives, accentuées par l'effort. Limitation marquée du mouvement aux deux hanches. De même, genoux légèrement douloureux.

Les radiographies: des hanches montrent un cotyle profond, avec une tête fémorale bien enclavée; des genoux, ne montrent rien d'anormal.

T. A., 17-19.

R.O.-C., 88-88-90.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M.: 1 inj. forte par jour, pendant 5 jours;

1 inj. ordin. par jour, pendant 10 jours (le tout, 2 fois);

Per os : 2 x 3 comprimés par jour, pendant 20 jours.

En quatre semaines, très nette amélioration; les douleurs ne sont que passagères et très atténuées.

Pas de phénomènes d'intolérance.

3° Gonarthrose

Observation n° XXIX

M^{me} M... Séraphine, 62 ans.

Gonarthrose droite, chez une diabétique, avec douleurs très vives, surtout à la marche. La mobilité est conservée, quelques craquements; l'évolution se fait depuis 3 mois.

La radiographie des genoux montre peu de chose.

T. A., 16-7.

R.O.-C., 68-70-68.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M.: 2 inj. ordin. par jour, pendant 9 jours.

Sans résultat thérapeutique.

Pas de phénomènes d'intolérance.

4° Arthrose généralisée

Observation n° XXX

M^{me} O... Anna, 60 ans.

Phénomènes d'arthroses au niveau de toutes ses articula-

tions, engendrant, à cause des douleurs, une impotence fonctionnelle presque totale. Les articulations, surtout celles des extrémités, sont déformées et craquent à la mobilisation.

Les radiographies montrent des phénomènes ostéophytiques généralisés.

V. S., 4-8.

T. A., 23-12.

Traité par I.T.M.A.

Per os : 3 x 3 comprimés par jour, pendant 1 mois.

Pas de résultat thérapeutique.

Pas de phénomène d'intolérance.

★
★ ★

B. — HOMMES :

1° Arthroses vertébrales

Observation n° XXXI

M. B... Louis, 36 ans, comptable.

Malade atteint de psoriasis depuis l'âge de 5 mois. Il y a 7 ans, avait présenté des arthralgies à caractère d'arthrite. Actuellement, après avoir souffert successivement de toutes les articulations, les douleurs semblent localisées au niveau du rachis.

Les radiographies montrent quelques ostéophytes sur L 1, L 2.

V. S., 3-6.

T. A., 13,5-6,5.

R.O.-C., 70-60-72.

Traité par I.T.M.A.

Voie I.M. : 1 inj. forte par jour, pendant 17 jours.

Amélioration nette après 8 jours de traitement; latente en fin de traitement.

Pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° XXXII

M. P... Pierre, 63 ans.

Asthmatique, présentant des phénomènes d'arthroses vertébrales, du rachis vertébral et lombaire, avec douleurs passagères au niveau des genoux; ceux-ci craquent quelques fois. Toutes ses articulations sont souples.

La radiographie montre de nombreux becs de perroquet le long du rachis lombaire, en particulier.

V. S., 10-15.

T. A., 15,5-8.

R.O.-C., 76-74-78.

Traité par I.T.M.A.

Voie I.M.: 1 inj. forte par jour, pendant 4 jours.

A la quatrième injection, il n'y avait pas d'amélioration. Le malade se plaignait de malaises et, surtout, d'une dyspnée plus intense; aussi, a-t-on interrompu ce traitement.

Observation n° XXXIII

M. R... Joseph, 31 ans, ouvrier.

Le malade se plaint, depuis quinze jours, de douleurs au niveau du rachis cervical, avec irradiation aux épaules et aux membres supérieurs; les mouvements de l'articulation scapulo-humérale sont limités; par ailleurs, rien à signaler.

Traité par I.T.M.A.

Voie I.M.: 1 inj. forte par jour, pendant 15 jours.

Dès le début du traitement, très nette amélioration.

Pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° XXXIV

M. B... Max, charcutier.

Malade souffrant, depuis de très longues années, de son rachis cervical, qui est ankylosé et de son épaule gauche, dont les mouvements sont très douloureux. Pas de signe clinique particulier.

T. A., 14-8.

R.O.-C., 64-64-64.

Traité par I.T.M.A.

Voie I.M.: 1 inj. forte par jour, pendant 15 jours;

Per os : 2 x 3 comprimés par jour, pendant 20 jours.

Dès la sixième injection, les douleurs ont regressé. Actuellement, se trouve beaucoup mieux.

Au début du traitement, a ressenti quelques ma'aises vagues, qui ont cessé par la suite.

Observation n° XXXV

M. E... Joseph, 50 ans, manoeuvre.

Depuis deux ans, le malade se plaint d'une cervicarthrose, avec douleurs irradiant dans le membre supérieur droit et entraînant une impotence fonctionnelle notable. Il a dû cesser son métier.

Les radiographies montrent une importante ostéophytose vertébrale.

V. S., 4-12.

T. A., 15-8.

Traité par I.T.M.A.

Voie I.M.: 2 inj. ordin. par jour, pendant 20 jours;

Per os : 3 x 3 comprimés par jour, pendant 20 jours.

Ce traitement l'a grandement amélioré. Il a pu reprendre son travail et se sent « gaillard ».

Pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° XXXVI

M. G... Jean, 57 ans, forgeron.

Lombarthrose, évoluant depuis 12 ans, avec des douleurs modérées, mais augmentées par l'effort. Depuis 5 ans, le malade souffre aussi de gonarthrose bilatérale; douleurs et craquements des genoux à la mobilisation.

A la radiographie, nombreux ostéophytes au niveau du rachis; peu de chose, au niveau des genoux.

V. S., 3-7.

T. A., 15-9,5.

Traité par I.T.M.A.

Voie I.M. 1 inj. forte par jour, pendant 15 jours;

Per os : 2 x 3 comprimés par jour, pendant 20 jours.

Amélioration sensible.

Pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° XXXVII

M. E... Auguste, 57 ans, cuisinier.

Douleurs lombaires, dues à des phénomènes arthrosiques, évoluant depuis peu; elles apparaissent à l'effort et se calment au repos.

A la radiographie, ostéophytoses lombaire discrète.

V. S., 4-10.

T. A., 16,5-10.

R.O.-C., 72-70-74.

Traité par I.T.M.A.

Le malade a bu les ampoules, 1 par jour, pendant 15 jours.

Nette amélioration.

Pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° XXXVIII

M. G... Emile, 54 ans, cultivateur.

Lombarthrose, avec douleurs vives, même au repos, non augmentées par les mouvements; début remonte à 3 mois.

La radiographie montre une ostéophytose lombaire importante.

V. S., 15-25.

T. A., 15,5-9.

R.O.-C., 78-74-78.

Traité par I.T.M.A.

Voie I.M.: 2 inj. ordin. par jour, pendant 10 jours.

Regression complète des douleurs.

Pas de phénomène d'intolérance.

2° Coxarthroses

Observation n° XXXIX

M. S... Georges, 61 ans, manoeuvre.

Coxarthrose gauche, avec douleurs irradiant dans tout le membre inférieur gauche et l'empêchant de marcher. L'évolution se fait depuis un an.

Les radiographies montrent peu de chose.

V. S., 10-15.

T. A., 14-8.

Traité par I.T.M.A.

Voie I.M.: 1 inj. forte par jour, pendant 20 jours;

Per os : 2 x 3 comprimés par jour, pendant 20 jours.

Pas de résultat notable.

Pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° XL

M. G... Joseph, 52 ans, ouvrier.

Coxarthrose droite, avec douleurs en ankylose; évolue depuis 4 ans.

Les radiographies montraient un pincement et des formations ostéophytiques importantes de la hanche droite.

Revient après arthrodèse, qui lui a donné un excellent résultat fonctionnel, mais se plaint encore de douleurs de son articulation coxo-fémorale droite.

Traité par I.T.M.A.

Voie I.M.: 1 inj. forte par jour, pendant 20 jours.

Diminution sensible des douleurs.

Pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° XLI

M. R... Claude, 58 ans.

Malade présentant une coxarthrose bilatérale, plus marquée

à droite, avec des douleurs permanentes, augmentées à la marche. Les mouvements sont limités ; l'évolution se fait depuis vingt ans.

Les radiographies montrent un pincement et une ostéophytose au niveau des deux hanches.

V. S., 3-10.

T. A., 17,5-6.

R.O.-C., 64-65-65.

Traité par I.T.M.A.

Voie I.M.: 1 inj. forte par jour, pendant 10 jours.

Le malade n'a signalé qu'une légère amélioration.

Pas de phénomène d'intolérance.

3° Gonarthrose

Observation n° XLII

M. D... Ferruccio, 64 ans, magasinier.

Gonarthrose bilatérale depuis un an, rendant la marche très pénible, à cause des douleurs ; celles-ci diminuent au repos ; les genoux craquent à la mobilisation. De plus, lombalgies sans irradiation.

A la radiographie, formations ostéophytiques au niveau des genoux.

V. S., 4-10.

T. A., 16-8.

R.O.-C., 65-64-65.

Traité par I.T.M.A.

Voie I.M.: 1 inj. forte par jour, pendant 15 jours.

Per os : 3 x 2 comprimés par jour, pendant 20 jours.

Amélioration sensible des douleurs, marche plus facile.

Pas de phénomène d'intolérance.

4° Arthrose généralisée

Observation n° XLIII

M. Z..., Louis, 70 ans, boulanger.

Le malade souffre, depuis 10 ans, de phénomènes arthrosiques, avec douleurs et impotence généralisées à presque toutes les articulations, mais surtout au niveau du rachis cervical, des coudes, des doigts de la main et des genoux, qui craquent à la mobilisation.

Les radiographies, de presque tout le squelette, montrent des formations ostéophytiques importantes.

V. S., 4-8.

T. A., 15-9.

R.O.-C., 64-60-66.

Traité par I.T.M.A.

Voie I.M.: 1 inj. forte par jour, pendant 8 jours;

1 inj. ordin. par jour, pendant 6 jours.

Les douleurs ont été améliorées assez vite et les mouvements sont devenus moins pénibles et moins limités.

Après l'injection d'I.T.M.A., le malade signale un vertige bref et très léger.

III. — RHUMATISMES ABARTICULAIRES ET ALGIES

A. — FEMMES :

1° Péri-arthrites scapulo-humérales

Observation n° XLIV

M^{me} S.... Louise, 40 ans.

Péri-arthrite scapulo-huméral gauche, évoluant depuis trois ans, avec douleurs vives, surtout la nuit, et limitation des mouvements de l'épaule gauche. Troubles parasthésiques du membre supérieur gauche.

De plus, gonarthrose bilatérale, avec douleurs et craquements.

Les radiographies ne montrent rien au niveau du rachis cervical; quelques becs de perroquet aux genoux.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M.: 1 inj. forte par jour, pendant 10 jours.

On a dû cesser car la patiente présentait des malaises généraux assez intenses, avec sensation de refroidissement; durée, une heure.

Pas d'effet thérapeutique notable.

Observation n° XLV

M^{me} F... Marie, 58 ans.

Malade diabétique, présentant, depuis un an, sans cause apparente, une péri-arthrite scapulo-humérale gauche, avec mouvements de l'épaule et du cou limités et douloureux.

Les radiographies du rachis cervical ne montrent rien.

V. S., 4-8.

T. A., 14,5-8.

R.O.-C., 70-75-70.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M.: 1 inj. forte par jour, pendant 9 jours.

Amélioration très sensible des douleurs, les mouvements sont possibles.

Pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° XLVI

M^{me} B... Marie-Louise, 48 ans.

Péri-arthrite scapulo-humérale ossifiante, évoluant depuis 1945, à la suite d'un effort. Les douleurs sont constantes, avec paroxysmes la nuit; mouvements limités.

Les radiographies montrent une calcification intra-capsulaire bilatérale des épaules et des signes d'arthroses au niveau du rachis cervical.

V. S., 6-12.

T. A., 14,5-8.

R.O.-C., 62-58-58.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M. 1 inj. forte par jour, pendant 20 jours;

Per os : 2 x 3 comprimés par jour, pendant 10 jours.

Amélioration nette des douleurs.

Pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° XLVII

M^{me} G... Françoise, 40 ans.

Péri-arthrite scapulo-humérale gauche, évoluant depuis trois ans; limitation de l'élévation et rétropulsion du bras et épaule gauches.

Pas de signe radiologique.

T. A., 14-8,5.

R.O.-C., 80-75-82.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I. M.: 1 inj. forte par jour, pendant 10 jours.

On a dû cesser le traitement à cause des phénomènes d'intolérance signalés par la malade: malaises généraux, refroidissement de tout le corps.

Durée, une heure; cessent spontanément.

Observation n° XLVIII

M^{lle} C... Henriette, 41 ans, dactylo.

Péri-arthrite scapulo-humérale gauche, avec douleurs très vives, surtout à l'élévation du membre supérieur. Elle évolue depuis juin 1950.

Les radiographies n'ont pas été pratiquées.

T. A., 12,5-7.

R.O.-C., 70-68-70.

Traitée par I.T.M.A.

Per os : 2 x 3 comprimés par jour, pendant 20 jours.

Soulagement très net dès le début du traitement; par la suite, cette amélioration s'est accentuée; elle ne souffre presque plus du tout.

Pas de phénomène d'intolérance.

2° Syndromes douloureux divers

Observation n° XLIX

M^{me} B... Marie, 48 ans.

Entrée dans le Service pour hypertension artérielle à 30-15. Elle a présenté des douleurs au niveau des articulations des doigts, poignet et coude du membre supérieur gauche, avec limitation des mouvements, sans signe inflammatoire.

Les radiographies n'ont rien montré de particulier.

V. S., 4-10.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M.: 1 inj. forte par jour, pendant 20 jours.

Dès la deuxième injection, amélioration très nette des douleurs; par la suite, indolence complète et mouvements normaux.

La T. A., en fin de traitement par I.T.M.A., était de 22-12.

Observation n° I.

M^{me} G... Marie-Thérèse, 23 ans, dactylo.

Cette malade souffre, depuis cinq mois, d'une cervico-brachialgie droite, survenue spontanément. La douleur limite les mouvements de l'épaule droite.

Les radiographies sont normales.

V. S., 3-5.

T. A., 12-6,5.

R.O.-C., 72-70-75.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M.: 1 inj. forte par jour, pendant 20 jours.

Dès la cinquième injection, la malade ne souffre plus du tout et peut se servir de son bras droit.

Pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° LI

M^{me} F... Paule, 65 ans.

Syndrome radiculo-névritique des membres inférieurs, probablement du type Guillon-Barre; cela, depuis 4 ans. Le déficit moteur prédomine à gauche.

Les radiographies montrent une ostéophytose de la colonne vertébrale.

V. S., 18-36.

Dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien.

La pression du liquide céphalo-rachidien est normal, de même l'épreuve de Quegensted.

T. A., 16,5-10.

R.O.-C., 105-104-100.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M.: 1 inj. forte par jour, pendant 15 jours.

Amélioration très nette des douleurs.

Pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° LII

M^{me} M... Marie, 32 ans.

Malade ayant très probablement présenté un syndrome de la queue de cheval, évoluant depuis 1947, avec douleurs de la jambe et région molléolaire droite; troubles survenus après une chute.

Les radiographies ne montrent rien.

V. S., 3-6.

T. A., 13,5-7.

R.O.-C., 76-68-75.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M.: 2 inj. ordin. par jour, pendant 20 jours.

Per os : 2 x 4 comprimés par jour, pendant 13 jours.

Pas d'amélioration.

Pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° LIII

M^{me} D... Juliette, 53 ans.

Malade souffrant intensément d'une sciatique gauche, depuis dix mois; elle est rebelle aux traitements classiques.

Les radiographies lombaires ne montrent rien d'anormal.

V. S., 11-20.

T. A., 17-9,5.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M.: 2 inj. ordin. par jour, pendant 5 jours;

1 inj. ordin. par jour, pendant 10 jours;

Per os : 2 x 3 comprimés par jour, pendant 20 jours.

Excellent résultat, ne souffre plus.

Pas de phénomène d'intolérance.

Observation n° LIV

M^{me} C... Françoise, 55 ans, femme de ménage.

Sciatique et lombalgies, évoluant depuis vingt-deux mois, n'ayant pas cédé à deux ans de lit et deux mois d'hôpital.

Pas de signe radiologique anormal.

V. S., 4-8.

T. A., 14-9.

Traitée par I.T.M.A.

Voie I.M.: 1 inj. forte par jour, pendant 15 jours.

Sans résultat thérapeutique.

Pas de phénomène d'intolérance.

★
★ ★

B. — HOMMES :

Observation n° LV

M. D... Georges, 20 ans.

Malade présentant, depuis quinze jours, une cervico-brachilgie gauche assez vive, avec limitation des mouvements de l'épaule gauche.

Le reste de l'examen clinique et radiologique ne montre rien de particulier.

V. S., 4-8.

T. A., 12,5-7,5.

R.O.-C., 72-75-70.

Traité par I.T.M.A.

Voie I.M.: 1 inj. forte par jour, pendant 15 jours.

Disparition complète des douleurs, mouvements normaux.

Pas de phénomène d'intolérance.

Avant de terminer ce chapitre, il nous a semblé utile, pour le lecteur, de réunir les observations dans un tableau synoptique.

Pour en faciliter l'interprétation, nous conviendrons de la légende suivante:

Guérison totale	XXX
Amélioration très nette	XX
Amélioration sensible	X
Phénomènes d'intolérance légers	int.
Phénomènes d'intolérance ayant nécessités l'arrêt du traitement	INT.

(Voir tableau, page suivante.)

TYPE du RHUMATISME	NOMBRE de MALADES TRAITÉS			RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES					INCI- DENTS			REMAR- QUES D'APRÈS LE SEXE
	F.	H.	Tot.	Positifs				Nuls	int	INT		
				xxx	xx	x	Tot.					
I. ARTHRITES												1 Résultats positifs :
Poly-Art-Chron. évolutives....	5		5		2		2	3	1			Fem. 4/8 Hom. 0/1
Spondylarthri- tes ankylo- santes	1	1	2			1	1	1				2° Echecs : Fem. 3/8 Hom. 1/1
Poly-Arthrite infectieuse ...	1		1			1	1					3° Incidents
Arthrite Cervi..	1		1							1		Fem. 2/8 Int. I
TOTAUX..			9				4	4		1		INT. I
II. ARTHRO- SES												1. Résultats positifs :
Vertébrales. . .	17	8	25	6	13	2	21	3	1	1		Fem. 15/21 Hom. 10/13
Coxarthroses...	2	3	5		2	2	4	1				2° Echecs : Fem. 2/21 Hom. 1/13
Gonarthroses. .	1	1	2		1		1	1				3° Incidents
Arthroses généralisées. .	1	1	2		1		1			1		Fem. 2/21 Hom. 1/13
TOTAUX..			34				27	5	2	1		
III. RH. ABAR- TICULAIRES et ALGIE												1° Résultats positifs :
Péri-Art.Sca.Hum...	5		5		2	1	3			2		Fem. 7/11 Hom. 1/1
Cervi.Brachialg. . .	2	1	3	3			3					2° Echecs : Fem. 2/11
Sy. Rad.Nevrit.	2		2		1		1	1				3° Incidents
Sciatiques.....	2		2	1			1	1				Fem. 2/11
TOTAUX..			12				8	2		2		

Il est difficile de commenter ces observations, car nous ne pouvons expliquer rationnellement les échecs et les incidents rencontrés au cours de nos essais.

Peut-être sont-ils dûs aux variations individuelles de la sensibilité des synapses sympathiques de nos malades; toutefois, les quelques épreuves sympathiques pratiquées à ce sujet ne nous ont rien montré. Avant de rejeter cette hypothèse, il serait nécessaire de faire une exploration plus poussée du système neuro-végétatif.

Les effets thérapeutiques ne semblent pas influencer par l'âge du malade ou l'ancienneté de l'affection.

Quant au rôle du sexe, il ne nous est pas permis de conclure, car nous avons traité beaucoup plus de femmes que d'hommes.

Nous indiquerons seulement les effets particulièrement heurieux de l'**iodure tétra méthyl ammonium** dans les arthroses vertébrales, en particulier, et les douleurs du type cervico-bracchiale.

Nous ne reviendrons sur les incidents que pour réaffirmer l'innocuité du produit. Tout les phénomènes d'intolérance observée, même ceux ayant motivé l'arrêt du traitement, ont été des plus bénins.

CONCLUSIONS

Au moment de conclure cet essai thérapeutique sur les rhumatismes chroniques, bien des questions restent encore sans solution, en particulier les échecs, les incidents ou le degré de l'amélioration que nous ne pouvons prévoir d'après l'étude clinique du malade.

Aussi, nous bornerons-nous à exposer les faits, sans les commenter.

Nous avons traité cinquante-cinq rhumatisants chroniques, ainsi répartis :

9 arthrites,

34 arthroses,

12 rhumatismes abarticulaires et algies diverses.

Dans chaque catégorie, les résultats sont les suivants :

1° Sur 9 arthrites :

4 résultats positifs avec amélioration nette,

4 échecs,

1 cas d'intolérance avec arrêt du traitement;

2° Sur 34 arthroses :

27 résultats positifs, dont 6 guérisons presque complètes,

6 échecs,

1 interruption du traitement par suite d'intolérance au médicament;

3° Sur 12 rhumatismes abarticulaires et algies :

8 résultats positifs, avec 4 guérisons complètes,

2 échecs,

2 malades n'ayant pu supporter cette thérapeutique.

Dans l'ensemble, nous avons soulagé 39 malades sur 55 trai-

tés ; nous pouvions peut-être espérer mieux ; toutefois, dans des affections aussi rebelles et aussi décevantes que les rhumatismes chroniques, l'**iodure tétra méthyl ammonium**, par la facilité de son emploi, l'innocuité de son action et les espoirs d'amélioration qu'il apporte, paraît pouvoir être accepté dans l'arsenal thérapeutique anti-rhumatismal.

LU ET APPROUVÉ,
Marseille, le 23 juin 1952,
Le Président de Thèse,
R. POINSO.

VU ET APPROUVÉ
Le Doyen,
G. MORIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,
Aix, le 25 juin 1952,
Le Recteur: **J. BLACHE.**

BIBLIOGRAPHIE

- AAS-BLEYGEN. — Effet du tétra éthy ammonium sur le rein. « The Lancet », juin 1949.
- ABAZA A. — Les effets analgésiques du bromure de T.E.A. « La Presse Médicale », 29 avril 1950.
- ACHESON G.-H., PEREIRA A. — Effet de Blocage de l'ion T.E.A. sur le ganglion cervical supérieur du chat. « Journ. of Pharm. and Exp. Therap », n° 3, juillet 1946.
- ALAJOUIN, TURET. — Les ostéo-arthropathies nerveuses. « Revue du Rhumatisme », 1935.
- ALBANESE, MANUEL DE BLOQUEOS. — Anestésicos del système neuro-vegetative. Editor: « El Ateneo », Buenos-Ayres.
- BARCELO P., PERALBA SERRA. — Polyarthrite chronique et Système neuro-végétatif. « Revue du Rhumatisme », 1949.
- BARDIN, KARTUM, ORY. — Collapsus grave, avec onde monophasique transitoire, chez un coronarien, après injection I.M. de Br. T.E.A. « Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux », février 1949.
- BENDA R., BETOURNE C. — Action du T.E.A. BR. sur les troubles trophiques du membre supérieur. « B. M. Soc. Méd. Hôp. Paris », avril 1948.
- BERRY R.-L., CAMPBELL, LYONS, MOE. — L'emploi du T.E.A. dans les maladies des vaisseaux périphériques et des érats causés par eux. « Surgery St-Louis », n° 4, octobre 1946.
- BEZANCON F., WEIL. — L'ostéo-arthritis hypertrophique dégénérative. « Revue de Médecine », n° 5, 1935.
- BOELAERT R.-A. — Sur la pharmacologie du T.E.A. « Arch. Internat. de Pharm. et Thérap. », 3 janvier 1948.
- BOUCHEREAU P. — Sur l'action des dérivés iodés hydrosolubles utilisés dans les maladies rhumatismales et cardio-vasculaires. « Revue du Rhumatisme », 1940.
- BOUREL. — Dernières acquisitions thérapeutiques dans le domaine du rhumatisme. « Fiches Médicales », janvier 1951.
- BOYD, CRAWSHAW. — Action of T.E.A. Bromide. « The Lancet », 3 janvier 1948.
- BUDAY. — Etat du système nerveux végétatif dans la poly-arthritis chronique. « Orvosi-Hírlap », 1932.
- BURN, DALE. — The action of certain quaternary ammonium bases. « Journal of Pharm. Expert. Therap. », 1914.
- CHARDON. — Action du Bromure de T.E.A. sur le système nerveux. « C. R. Soc. Biol. », septembre 1951.
- CONFLEY, SHUAM, ROSEMBACH. — 33 relief of causalgia by use of T.E.A. Chloride. « Journal of La. Clin. Méd. », 1947.
- COSTE F. — Le Rhumatisme. « Cours Péd. Soc. », 1949.
- COSTE F. — Orientation actuelle de la thérapeutique rhumatismale. « Gazette Méd. France », av. 1950, n° 2.
- COSTE F., GALMICHE P. — Les Rhumatismes généralisés. « Encyclopédie Méd. Chir. », tome 2.
- COSTE F., MORIN M. — Ce que coûte le Rhumatisme. « Revue du Rhumatisme », av. 1939.
- COSTE F., FORESTIER. — Caractères distinctifs des arthrites et des Arthroses. « Bruxelles Médical », 10 déc. 1939.
- DE SEZE, GODELENSKI. — Le Curare dans les algies et les maladies du Système nerveux. « Journ. Thérap. Par. », oct. 1948.
- DE SEZE, CUIOT, CERANE. — Réflexions préparatoires à des recherches expérimentales sur le rôle du sympathique en pathologie articulaire. « Presse Médicale », 28 fév. 1940.
- DONGIER, NAQUET, DANILLON. — Bromure de T.E.A., moyen d'exploration fonctionnel neuro-végétatif. « Presse Médicale », 1950.

DOUMER, LORRIAUX, DUBRULLE. — Péri-arthrite scapulo-humérale traitée par T.E.A. « Echo Méd. du Nord », juil. 1950.

DUBRISAY J. — Les effets physiologiques des dérivés du groupe méthonium. « Sem. Hôp. Paris », 30 mai 1951.

DUREL. — Etude schématique de la pharmacodynamie du Système neuro-végétatif. « Sem. Hôp. Paris », n° 48, nov. 1949.

DROUET. — Le traitement médical du rhumatisme chronique dégénératif. « Revue Gén. Méd. et Chir. de l'Union Française », n° 31, 15 mai 1951.

FARAHMAND D. — Atteinte du Système nerveux dans le rhumatisme chronique déformant. « Thèse », Genève, 1943.

FEROND, MORELLE. — Pathogénie sympathique possible de la péri-arthrite scapulo-humérale. « Revue du Rhumatisme », juillet 1949.

FEROND, MORELLE. — Le T.E.A. en rhumatologie. « Revue du Rhumatisme », juillet 1949.

FEROND M. — Comment employer le T.E.A. dans les douleurs de l'épaule. « Bruxelles Méd. », avril 1950.

FIESSINGER. — Traitements des arthroses. « Journal des Praticiens », n° 6, 8 fév. 1951.

FRANCON F. — Age et rhumatisme. « Revue Méd. Suisse Romane », 25 août 1951.

FRANCON F. — Goutte et rhumatisme dans l'histoire de la Médecine. Journal « Progrès Médical », n° 5, 24 mars 1950.

FRANCON F., WEISSENBACH. — Les Rhumatismes, maladies sociales. Doin, éd., Paris, 1939.

FRANCON, PERLES, WEISSENBACH. — Syndrome épaule-main de Steinbrocker avec atteinte du coude. « Revue du Rhumatisme », nov. 1950.

FRIEDLICH, CHAPMAN, STANBURY. — Réaction sévère au chlorure de T.E.A. « New. England. Journ. of Med. », 1948.

GAUCHER M. — Qu'est-ce que le Rhumatisme? La maladie rhumatismale. « Rev. Gén. Méd. Chir. Union Française », n° 594, 15 nov. 1951.

GAUCHER M. — Le Rhumatisme progressif généralisé. Thèse, Paris 1934.

GOOD G. — Le problème du Rhumatisme. « Sem. Hôp. Paris », n° 65, 2 septembre 1950.

GRUHZIT O.-M., FISKEN R.-A., COOPER B.-J. — Toxicité aiguë et chronique du chlorure de T.E.A. pour les animaux d'expérience. « The Journ. of Pharm. and Exper. Ther. », 2 février 1948.

HARVIER, PERRAULT. — Les effets analgésiques du T.E.A. « Paris Médical », 6 décembre 1950.

HALPERN B.-N., BOURDON G. — Curare et Système nerveux végétatif. « Sem. Hôp. de Paris », septembre 1948.

HAM. — Deux cas de Purpuras après traitement par chlorure de T.E.A. « California Méd. », 1948.

HARVIER P., PERRAULT P. — Bromure de T.E.A., régulateur du Système nerveux végétatif, médicament de l'hypertension artérielle et de différents syndromes. « La Thérapeutique en 1948 in Paris Médical », 15 décembre 1948.

HOWELL. — Soulagement de la douleur dans l'arthrite rhumatismale par T.E.A. « The Lancet », fév. 1948.

HUIDOBRO F. — Tétractylamonic su farmacologia y su aplicacion clinica. « Medicina Buenos-Ayres », 9 juin 1949.

ISCLIN, HANS. — Rhumatisme et sympathique. « Schweizerisch Med. Woch. », juin 1938.

JANOVITZ, GROSSMAN. — Action bloquante du T.E.A. sur les réflexes utilisant les atomes de la peau humaine. « Science », 7 janvier 1949.

KAHLMETER, FORESTIER J. — Manuel Pratique de Rhumatologie.

LABOIT H. — Physiologie et biologie du Système nerveux végétatif au service de la chirurgie.

LACAPERE J. — Les Rhumatismes, symptômes et traitements. Editeur, Legrand et Bertrand, Paris, 1946.

LARSON Y., FRISK A.-R. — T.E.A. Bromure for producing blockade of autonomie ganglio. « Acta Medica Scandinava », 1947, in « Nord Méd », septembre 1947.

LESSER, ROSENTHAL, LOEWE. — Un cas d'intoxication médicamenteuse par le chlorure de T.E.A. « The Jour. of the Med. American Association », 18 janvier 1949.

LE RICHE. — Physiologie et Pathologie du Tissu osseux.

LE RICHE, JUNG. — Essais de traitement de la poly-arthrite chronique par des opérations sympathiques. « Presse Méd. », janvier 1933.

LEVAGOOD. — Preliminary observations on use of T.E.A. Chloride. « Grace Hoso Bull. », 25 juil. 1947.

LEWIN, WASSEN, HEYMAN. — Rhumatismes et T.E.A. « The Lancet », avr. 1950.

LIAN C., BERGANO G., HAMET R. — Notions pharmacodynamiques sur le T.E.A. « Sem. Hôp. Paris », septembre 1948.

LIAN C., BERGAMO G. — Le T.E.A., médicament régulateur du Système nerveux végétatif. « Sem. Hôp. Paris », septembre 1948.

LIEVRE J.-A. — Bilan des thérapeutiques actuelles en rhumatologie. « Gazette Méd. France », n° sp. décembre 1951.

LIEVRE J.-A. — Les Rhumatismes, traitements douteux, traitements utiles. « Sem. Hôp Paris », mai 1948.

LUCO J.-V., MARCONI — Effet du Br. de T.E.A. sur le Système parasympathique neuro effecteur. « Journ. of Pharma. and Exper. Therap. », février 1949.

MARTIN, JUNET. — Le facteur vasculaire dans le Rhumatisme chronique dégénératif. II^e Conférence sci. Inter. d'Aix-les-Bains, « Le Rhumatisme Chron. dégénératif », 1948.

MAY, JAMMET, BRAILLON. — Les troubles nerveux et vasculo-sympathiques dans le Rhumatisme déformant généralité. Conférence Scient. Internationales du Rhumatisme chronique progressif généralisé, Aix-les-Bains, 1934.

MAY, LAFFITE. — Rhumatismes chroniques. « Nouveau Traité de Patho. Interne », tome 2.

MOHRARDT. — Physico-Chimie de la douleur. « Presse Médicale », 27 janvier 1951.

MONNEROT, DUMAINE. — Le syndrome épaule-main, clé de voûte des syndromes sympathiques du membre supérieur. « Revue du Rhumatisme », novembre 1951.

MORELLI-MAZELLA DI BOSCO. — Le Br. T.E.A. associé à la thérapeutique de Lewin et Wassen, dans les affections rhumatismales. « Riforma Medica », 15 avr. 1950.

MORLAAS J. — La thérapeutique iodée dans les Rhumatismes. « Annales Méd. Chir. », septembre 1938.

MOUCHOT G. — Etiologie du Rhumatisme chronique, son traitement. « Journ. des Praticiens », 22 février 1951.

PATON W.-D. — La paralysie des ganglions autonomes, avec références aux effets thérapeutiques des agents « ganglio-blocking ». « Brith. Med. Journ. », 14 avril 1951.

POCIDALO. — Sur l'excitabilité du sympathique, influence de quelques drogues à ammonium quaternaire. « Presse Méd. », 15 fév. 1952.

POLICARD. — Les mécanismes physiologiques fondamentaux de la substance osseuse. « Journ. Méd. France », octobre 1927.

RAVAULT P., THIERS H., BERTHIER L. — Rhumatismes chroniques et arthropathies pseudo-rhumatismales au cours des maladies du système nerveux. « Revue du Rhumatisme », janvier 1949.

- RAVAULT P. — Rhumatisme neuro-trophique du membre supérieur « Revue du Rhumatisme », fév. 1951.
- RAY, LIEWEILLYN, JONS. — The pathogenesis of rhumatisme « Practitioner », octobre 1927.
- RECORDIER A.-M. — Le traitement des Rhumatismes chroniques. « Marseille Méd. », n° 3, 1950.
- REID, HUNT. — Quelques effets des composés d'ammonium quaternaire sur le système nerveux autonome. « The Journ. of Pharm. Therap. Expe. », 25 mai 1926.
- RIMBAUD, SERRÉ, PASSONNET. — Arthropathies et facteurs neuro-végétatifs. « Revue du Rhumatisme », octobre 1947.
- ROULET F. — Quelques réflexions sur la pathogénie du Rhumatisme. « Archiv. du Rhumatisme », n° 3, 1947.
- SALMON A. — Rôle du Système sympathique dans la physio-pathologie de la douleur. « Presse Médicale », 15 juin 1938.
- SAMITZ, HORVATH. — Sensibilité du T.E.A., report d'un cas. « Arch. of Dermatology and Syphiligraphy », avr. 1949.
- SCHWARTZ M. — Mort subite par T.E.A. « The Lancet », 11 juin 1948.
- SERRIN, MURTAS. — Ea sindroma neuro-vegetative del reumatismo articolare dell' infanzia. « La Pediatria », fév. 1934.
- SCHUMACKER. — La causalgie. « Surgery St-Louis ».
- SCHUMACKER, SPERGEL, RICHARD. — La causalgie, rôle de l'interruption du Système sympathique dans son traitement « Upjohn ».
- SONNENSCHNEIM, JENNEY, PFEIFFER. — Effets du chlorure de T.E.A. sur le seuil de la douleur chez l'homme. « Journ. of Pharm. and Exper. Ther. », 1949.
- TEISSIER. — Les formes cliniques du Rhumatisme chronique. Congrès de Liège, sept. 1905.
- UZAN M. — Le pouvoir cholinestérasique du sérum, test d'activité des dérivés quaternaires d'ammonium utilisés en thérapeutique.
- VIGNES. — Emploi thérapeutique du T.E.A. « Journal des Praticiens », octobre 1948.
- WEISSENBACH. — Traitement médical de la conarthrite. « Bulletin Médical », n° 7, 1^{er} avr. 1951.
- WOOLAM D. — T.E.A. Bromide in rheumatoid arthritis. « The Lancet », 11 fév. 1950.
- YEAGER, WALKER, RABY. — Le chlorure de T.E.A. dans le zona et la névralgie intercostale. « La Presse Médicale », mai 1949.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers Condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine, dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque.

